Planilla 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(A completar por el responsable tecnico del equipo profesional tratante y el/la beneficiario/a de la prestación)

Manifiesto la veracidad de los datos personales aportados para la confección del Plan Terapéutico Individual y que he recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizaré, al que presto voluntariamente mi consentimiento.
Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
El acompañamiento se llevará a cabo siempre y cuando se garantice el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, con una determinada periodicidad indicada por los profesionales tratantes.

Fecha y Firma del Afiliado
Aclaración
Nº DNI

Firma del Profesional tratante

EN FUNCION A LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA Y EL CONTEXTO DE INTERVENCION ESPECIFICAR:

Actividad asistencial (Entrevista, Atención domiciliaria, Interconsulta, Intervención en crisis, etc)
Actividad grupal (Entrevista familiar, intervención grupal, actividad de psicoeducacion, etc)
Actividad Institucional (supervicion ,reunión de equipo, articulación, etc).